

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1899

N°

014

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 20 juillet 1899, à 1 heure*

Par GEORGES MIGOT

Né à Metz (Lorraine) le 31 juillet 1866

CONSIDÉRATIONS

# SUR LES ABCÈS

DE LA

## GLANDE VULVO-VAGINALE

*Président : M. BLANCHARD, professeur.*

*Juges : MM. { GABRIEL, professeur  
                  { POIRIER et GLEY, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties  
de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899



614

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 20 juillet 1899, à 1 heure*

Par GEORGES MIGOT

Né à Metz (Lorraine) le 31 juillet 1866

CONSIDÉRATIONS

SUR LES ABCÈS

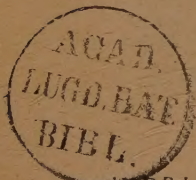
DE LA

GLANDE VULVO-VAGINALE

*Président : M. BLANCHARD, professeur.*

*Juges : MM. { GARIEL, professeur  
                  { POIRIER et GLEY, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1899

# FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

| Boyen.                                                                  |              | M. BROUARDEL         |           |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------|-----------|
| Professeurs                                                             |              | MM.                  |           |
| Anatomie . . . . .                                                      |              | FARABEUF.            |           |
| Physiologie . . . . .                                                   |              | CH. RICHET.          |           |
| Physique médicale. . . . .                                              |              | GARIEL.              |           |
| Chimie organique et chimie minérale. . . . .                            |              | GAUTIER.             |           |
| Histoire naturelle médicale. . . . .                                    |              | BLANCHARD.           |           |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                          |              | BOUCHARD.            |           |
| Pathologie médicale. . . . .                                            |              | DEBOVE.              |           |
| Pathologie chirurgicale. . . . .                                        |              | HUTINEL.             |           |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         |              | LANNELONGUE          |           |
| Histologie. . . . .                                                     |              | CORNIL.              |           |
| Opérations et appareils. . . . .                                        |              | MATHIAS DUVAL        |           |
| Matière médicale et pharmacologie. . . . .                              |              | TERRIER.             |           |
| Thérapeutique . . . . .                                                 |              | POUCHET.             |           |
| Hygiène. . . . .                                                        |              | LANDOUZY             |           |
| Médecine légale. . . . .                                                |              | PROUST.              |           |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie . . . . .                    |              | BROUARDEL.           |           |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                           |              | N.....               |           |
|                                                                         |              | CHANTEMESSE          |           |
| Clinique médicale. . . . .                                              |              | POTAIN.              |           |
|                                                                         |              | JACCOUD.             |           |
|                                                                         |              | HAYEM.               |           |
|                                                                         |              | DIEULAFOY            |           |
|                                                                         |              | GRANCHER.            |           |
| Maladie des enfants. . . . .                                            |              | JOFFROY.             |           |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale . . . . . |              | FOURNIER.            |           |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .                |              | RAYMOND.             |           |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                       |              | BERGER.              |           |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                          |              | DUPLAY.              |           |
|                                                                         |              | LE DENTU             |           |
|                                                                         |              | TILLAX.              |           |
| Clinique ophthalmologique. . . . .                                      |              | PANAS.               |           |
| Clinique des maladies des voies urinaires. . . . .                      |              | GUYON.               |           |
| Clinique d'accouchements. . . . .                                       |              | BUDIN.               |           |
|                                                                         |              | PINARD.              |           |
| MM.                                                                     |              | Agrégés en exercice. |           |
| ACHARD                                                                  | DESGREZ      | LEJARS               | THIROLOIX |
| ALBARRAN                                                                | DUPRÉ        | LEPAGE               | THOINOT   |
| ANDRÉ                                                                   | FAURE        | MARFAN               | VAQUEZ    |
| BONNAIRE                                                                | GAUCHER      | MAUCLAIRE            | VARNIER   |
| BROCA (Aug.)                                                            | GILLES DE LA | MENETRIER            | WALLICH   |
| BROCA (André)                                                           | TOURETTE     | MERY                 | WALTHER   |
| CHARRIN                                                                 | HARTMANN     | ROGER                | WIDAL     |
| CHASSEVANT                                                              | LANGLOIS     | SEBILEAU             | WURTZ     |
| DELBET                                                                  | LAUNOIS      | TEISSIER             |           |
|                                                                         | LEGUEU       | THIERY               |           |

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES AMIS

MM. KRAUSS ET BUHLER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BLANCHARD

Membre de l'Académie de médecine  
Chevalier de la Légion d'honneur

## CONSIDÉRATIONS

SUR LES

# ABCÈS DE LA GLANDE VULVO-VAGINALE

---

## INTRODUCTION

Les glandes de Bartholin ou corps folliculaire vaginal (glande de Duverney, corps bulbeux de Boerhave) sont appelées par Huguier, glandes vulvo-vaginales. Cette appellation a l'avantage de donner la situation de ces organes et ainsi de ne pas attribuer leur découverte à un auteur.

Duverney et Gaspard Bartholin sont les premiers à les avoir vues : mais il est difficile de dire à qui de ces deux anatomistes revient l'honneur de la priorité.

En tant que glandes, ces organes n'ont rien de particulier à signaler. Elles se composent d'une partie sécrétoire et d'un canal excréteur. Leur inflammation semble se faire de dehors en dedans. Rarement le corps de la glande est atteint primitivement, à l'exclusion du conduit. Leur siège à l'orifice vulvaire, explique la fréquence du gono-

que, comme cause efficiente de leur invasion. Toutefois le gonocoque n'est pas le seul agent morbigène, le staphylocoque, voir même le streptocoque ont une part dans la formation des abcès glandulaires.

Ces abcès ont une marche aiguë. Certains à marche subaiguë entraînent la formation d'une bartholinite chronique. Très-douloureux, d'une récidence facile, d'une propagation presque inévitable d'un côté à l'autre, les abcès de la glande vulvo-vaginale méritent un traitement particulier et attentif, d'autant qu'abandonnés à eux-mêmes, ils peuvent être une source de complications assez graves. C'est ainsi qu'une bartholinite chronique ou subaiguë peut contaminer lors de l'accouchement les yeux du nouveau-né, créer une ophtalmie grave, tenace.

C'est ainsi que la bartholinite peut entraîner des fistules vaginales, rectales ou cutanées. Elle peut être une cause de contagion de la blennorrhagie alors que le vagin et l'utérus semblent n'être habités par aucun microbe virulent.

Les traitements employés sont assez nombreux ; les uns consistent à vider la glande par expression, les autres à introduire des substances caustiques ou antiseptiques par le canal ; d'autres à inciser, d'autres à exciser, d'autres à thermocautériser.

Tous ces procédés plus ou moins radicaux montrent assez que l'on est en présence d'une affection tenace et rebelle.

Dans cette étude nous nous proposons d'étudier les traitements de la Bartholinite.

Les interventions sanglantes sont, à vrai dire, indis-

pensables dans certains cas. Quand une glande a la lumière de son canal oblitérée, quand elle-même a subi une dégénérescence, quand en un mot la Bartholinite est chronique, l'excision est le seul traitement efficace. Mais une intervention dans certains cas ne saurait être faite sans danger.

Quand l'inflammation de la glande a lieu au cours d'une blennorrhagie virulente, quand la vulve est irritée, congestionnée, quand la muqueuse vaginale est le siège d'une suppuration abondante et intarissable, il est difficile d'admettre qu'une opération sanglante puisse être faite sans danger ultérieur. C'est pourquoi dans certains cas, assez nombreux encore, un traitement spécial, efficace, s'impose.

A côté des applications locales de compresses imprégnées d'un liquide antiseptique, de l'expression de la glande, on peut placer un traitement par les injections de chlorure de zinc.

Nous nous proposons dans ce travail de résumer d'abord ce que l'on sait sur *l'anatomie de la glande, la pathogénie* de ses affections aiguës, les symptômes de la bartholinite, exposant ensuite au paragraphe du traitement les idées personnelles que nous croyons devoir émettre, après M. le Docteur Jullien, dans le service duquel nous avons pu constater les résultats obtenus et prendre les observations qui suivent.

Mais avant d'aborder cette étude, nous tenons, suivant l'usage depuis longtemps établi, à remercier ici tous les maîtres excellents, qui ont fait notre instruction médicale

ou chirurgicale et ne nous ont ménagé ni leurs leçons ni leur bienveillance.

Il est un maître que nous tenons à remercier le premier : c'est M. le professeur Raymond qui, pendant toute l'année 1898 que nous avons passée à la Salpêtrière, n'a cessé de nous témoigner une affection et un intérêt constants. Son enseignement si clair, si simple nous a fait aimer cette partie si difficile de la médecine : les maladies nerveuses. Qu'il reçoive ici, ainsi que M. le Dr Gasne, son chef de clinique, l'assurance de notre reconnaissance.

M. le docteur Jullien, médecin de St-Lazare, dans le service duquel nous avons été pendant quelque temps, a bien voulu nous permettre de prendre quelques observations pour ce modeste travail. Nous lui adressons ici tous nos remerciements et pour les renseignements qu'il nous a fournis dans le cours de nos recherches et pour les excellentes leçons qu'il nous a toujours prodiguées dans son service.

Notre stage à la clinique d'accouchements de la Charité, grâce à l'enseignement de M. le docteur Maygrier, accoucheur des hôpitaux, restera un de nos meilleurs souvenirs.

Nous devons également remercier M. le professeur agrégé Humbert qui pendant toutes nos études n'a cessé de nous témoigner un affectueux intérêt.

Nous avons aussi été l'élève de MM. les professeurs agrégés Monod, Blum, Tuffier, Ballet, et de MM. Tapret et Doléris, médecin et accoucheur des hôpitaux ; à eux aussi nous adressons tous nos remerciements.

Que M. le professeur Blanchard qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, reçoive tous nos remerciements et l'hommage de notre respectueuse reconnaissance.

## CHAPITRE I

Huguier en 1850 fait de la glande vulvo-vagina'e une description à laquelle on n'a rien ajouté que des anomalies possibles.

Nous ne nous attarderons pas sur l'exposé anatomique de cet organe décrit partout. Sans entrer dans les détails nous ne mentionnerons que les faits qui pourront nous être de quelque utilité pour l'étude du traitement des bartholinites.

### *Anatomie macroscopique.*

Ces glandes sont au nombre de deux. Du volume d'un pois environ, pour certains auteurs, d'une amande d'abricot pour d'autres, elles sont situées de chaque côté du vagin. Elles ont une forme variable : ovalaire ou en demi-lune, leur face externe est irrégulière ; il est même quelquefois impossible de leur décrire une forme.

De Sinety en effet, a signalé une disposition spéciale de cette glande. Elle peut être diffus. Dans ce cas, elle est composée de glandules disséminés irrégulièrement et séparés les uns des autres par du tissu conjonctif et des faisceaux de fibres striées.

Dans ces cas, il est impossible de découvrir la glande et on a besoin d'un microscope pour en décèler ses éléments. M. Tillaux l'a recherchée plusieurs fois en vain.

Dans les cas où les éléments de la glande ne sont pas dispersés, il est possible de la sentir. Pour ce faire, on introduit l'index dans le vagin et on place le pouce vers la partie inférieure de la grande lèvre. Entre les deux doigts qui pressent légèrement les téguments on a la sensation d'une résistance plus ou moins grande. Cette sensation peut être comparée d'après Richet à celle que donne la palpation d'un ganglion lymphatique non hypertrophié.

La situation de cette glande doit être indiquée avec précision, aussi croyons-nous indispensable de rappeler dans ses grandes lignes l'anatomie topographique de la région périnéale chez la femme, région négligée par la plupart des auteurs.

Pour bien la comprendre et pour se représenter la situation exacte des glandes vulvo-vaginales, nous décrirons d'abord le squelette aponévrotique de la région.

Aux branches ischio-pubiennes qui donnent l'aspect d'un A majuscule, s'insère une aponévrose peu résistante, c'est l'aponévrose périnéale superficielle, de forme triangulaire.

Son sommet répond au clitoris, ses bords latéraux au squelette osseux, sa base au bord inférieur du muscle transverse superficiel du périnée, c'est-à-dire près de l'anus. A ce niveau elle se replie en arrière, passe à la face postérieure du muscle, sous le nom d'aponévrose moyenne. Ce feuillet de l'aponévrose moyenne séparé du précédent, mais ayant les mêmes limites, forme donc la paroi postérieure d'une loge triangulaire dont la base serait le muscle transverse inclus dans cette loge.

L'aponévrose moyenne a un deuxième feuillet qui par-

tant du haut du ligament sous-pubien, oblique en bas et en arrière, arrive près de la cloison rectale et là se continue avec l'aponévrose périnéale supérieure.

En résumé ces deux aponévroses constituent 3 feuillets (l'aponévrose superficielle, 1 feuillet ; l'aponévrose moyenne, 2 feuillets).

Ces feuillets, pour les schématiser, forment dans leur ensemble un N renversé (N) : Ils limitent ainsi entre eux deux loges ; une loge (1) située entre l'aponévrose superficielle et le 1<sup>er</sup> feuillet de l'aponévrose moyenne (ou feuillet inférieur) et une 2<sup>e</sup> loge constituée par le dédoublement de l'aponévrose moyenne.

Ces 3 lames aponévrotiques, moins résistantes que chez l'homme, triangulaires, sont percées d'une fente qui répond à l'orifice vulvaire et vaginal : à ce niveau, elles s'insèrent sur les parties latérales du vagin et se confondent avec la gaine qui enveloppe le bulbe vaginal.

Voici donc une charpente qui limite deux loges, l'une inférieure ; l'autre plus élevée. Cette deuxième loge, se nomme la loge moyenne. La supérieure est plus en arrière et se trouve en rapport avec l'aponévrose supérieure du périnée, que nous n'avons pas à envisager ici, nous n'en parlerons donc pas.

Nous avons à considérer :

1<sup>e</sup> Les parties molles qui se trouvent en dessous de l'aponévrose superficielle que nous appellerons préaponévrotique et qui sont représentées par la peau, le tissu cellulaire sous-cutané.

2<sup>e</sup> Le contenu de la loge inférieure.

2<sup>e</sup> Le contenu de la loge moyenne.

Toutefois avant de passer en revue ces diverses parties, nous tenons à rappeler qu'en haut, la limite de la région qui nous occupe, est la symphyse pubienne et qu'en bas, cette région se trouve en rapport avec l'anus, le rectum et le tissu cellulaire environnant. Le vagin dont l'orifice répond à la fente périnéale des aponévroses est en rapport avec le rectum, auquel il est uni par un tissu cellulaire plus ou moins lâche. En bas et en arrière, au niveau de la fourchette, il existe un espace triangulaire à sommet supérieur et dont les angles de la base répondent : l'antérieur, au vestibule ; le postérieur, à l'anus. Ce triangle contient du tissu cellulaire et des fibres musculaires.

Ces limites inférieures sont indispensables à rappeler, si on considère que la loge périnéale est ouverte en bas et se trouve en rapport direct avec la gaine périrectale et périanale.

### **Zône préaponévrotique.**

En allant de la superficie vers l'aponévrose, nous trouvons la peau (sur les caractères de laquelle nous n'insisterons pas) et le tissu cellulaire. Ce tissu cellulaire est nettement divisé en deux couches, une superficielle, lâche, communiquant avec les couches correspondantes des régions voisines, abondante au niveau des grandes lèvres ; une profonde plus dense, s'insérant comme l'aponévrose aux branches ischio-pubiennes. Le tissu cellulaire contient des fibres élastiques en assez grande quantité. Ces fibres partent de l'orifice externe du canal ia-

guinal et semblent venir constituer dans la grande lèvre, un véritable sac. Broca l'appelle le sac dartique.

Par l'orifice externe du canal inguinal s'échappe quelquefois un prolongement péritonéal (canal de Nüch) analogue au prolongement péritonéo-vaginal qui se trouve dans les bourses chez l'homme. Le tout est enveloppé d'une véritable boule graisseuse. C'est dans cette zone que viennent se fixer au pubis ou aux parties molles, les fibres inférieures du ligament rond qui arrivent là après avoir traversé le canal inguinal.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces diverses parties. Cette zone, on le conçoit, peut être le siège d'abcès sous-cutanés pouvant fuser dans les régions voisines, de lipomes, de hernies, de kystes dont le siège serait le canal de Nüch ou d'après Richet un sac herniaire inhabité. Ces diverses tumeurs peuvent, pour un œil peu exercé, donner le change et faire croire à une tumeur des glandes vulvo-vaginales.

### **Loge périnéale inférieure.**

Cette loge limitée en haut par la symphyse, latéralement par les branches ichio-pubiennes ; inférieurement, par le bord inférieur du muscle transverse, a l'aspect suivant : L'aire du triangle est divisée en deux parties par la fente vaginale, de telle façon que ce triangle isocèle serait subdivisé en deux triangles rectangles, communiquant à la partie inférieure au niveau du muscle transverse et en haut au niveau de la région clitoridienne. La base est représentée par le muscle transverse. Du milieu de ce muscle,

s'élève de chaque côté de l'ouverture vaginale, le muscle constricteur du vagin, qui ayant des points d'insertion communs en haut en bas, forme un véritable anneau.

Sur les côtés, longeant les branches osseuses, on voit le muscle ischio-clitoridien.

L'aire du triangle est remplie de tissu cellulaire communiquant avec celui de la zone préaponévrotique. Elle est traversée par l'artère superficielle du périnée, née de la honteuse interne, des nerfs qui se rendent aux muscles et des lymphatiques qui vont se rendre les uns dans les ganglions latéraux de l'excavation pelvienne, les autres, réunis à ceux de la vulve, dans les ganglions du pli de l'aîne.

### Loge moyenne.

La loge moyenne du périnée chez la femme, celle qui se trouve située dans l'écartement des 2 feuillets de l'aponévrose moyenne, a moins d'importance que la loge correspondante chez l'homme. Elle est limitée en haut par la symphyse, latéralement par les branches ischio-pubiennes. En bas, elle est ouverte et son tissu cellulaire est continu au tissu cellulaire périrectal. Certains anatomistes nient cette loge chez la femme « On pourrait à la rigueur, dit Richet, décrire (à l'aponévrose moyenne) comme chez l'homme deux lames, entre lesquelles on rencontre des veines, mais je n'ai jamais pu y découvrir des fibres musculaires analogues au muscle de Guthrie ».

Au contraire, Tillaux indique nettement l'analogie qui

existe entre la région périanale de la femme et celle de l'homme et pour la bien faire comprendre, il s'exprime ainsi « Je représente au tableau le bulbe de l'urèthre, le triangle ischio-bulbaire, l'aponévrose moyenne, comme ils se représentent chez l'homme.... etc, séparant alors en deux moitiés latérales, on obtient le dessin du périnée chez la femme : la fente médiane figure la vulve ; chaque moitié du bulbe de l'urèthre devient le bulbe du vagin ; les glandes de Merry se changent en glandes vulvo-vaginales ; le bulbo caverneux se transforme en constricteur du vagin. Le triangle ischio-bulbaire présente la même délimitation, seulement il est beaucoup plus petit chez la femme et refoulé sur les côtés. Dans ce triangle on rencontre les mêmes vaisseaux et nerfs que chez l'homme.

Les aponévroses superficielle et moyenne se trouvent amoindries, divisées sur la ligne médiane et déjetées sur le côté ».

Les glandes de Merry et Cooper chez l'homme sont situées dans le dédoublement de l'aponévrose moyenne du périnée. Les glandes de Bartholin analogues à celles-ci ont donc la même situation topographique.

Toutefois comme les aponévroses périnéales chez la femme sont peu résistantes, minces, on conçoit l'opinion divergente de M. Richet qui dit « C'est entre l'aponévrose inférieure et l'aponévrose moyenne que l'on rencontre la glande vulvo-vaginale » et celle de Dujon qui écrit « la face antérieure est recouverte par l'aponévrose périnéale superficielle, fascia-ischio pubio vulvaire de Jarjavay. La face postérieure est recouverte par l'aponévrose périnéale moyenne (fascia ischio-pubio vulvaire).

Nous venons de voir quelle est la situation de la glande, de la superficie vers les parties profondes,

On se rappelle que le vagin est accolé au rectum sans intervention d'aponévrose et qu'il existe sur une couche frontale, un espace triangulaire (2<sup>e</sup> loge) dont la base répond au rectum.

C'est dans cette loge moyenne et au niveau de l'adossement du vagin au rectum que se trouve la glande de Bartholin.

Pour la découvrir, on peut employer plusieurs procédés. La direction de dehors en dedans (Martin-Léger). La direction de dedans en dehors (Robert). On peut se guider sur le canal excréteur. Autant cette glande est d'un accès facile à l'état pathologique, autant sa recherche est délicate dans certains cas à l'état normal.

*Rapports.* — Ayant une forme ovale, on peut lui considérer 4 faces et 2 extrémités.

La face antérieure répond, nous l'avons vu, au feuillet inférieur de l'aponévrose moyenne du périnée. La face postérieure est recouverte par le feuillet profond de cette même aponévrose moyenne.

La face interne légèrement dirigée en haut est en rapport avec les parties latérales du vagin à son extrémité inférieure. Mais nous avons vu qu'au niveau du vagin les aponévroses périnéales se fixaient sur la gaine et adhéraient au bulbe, il s'ensuit qu'entre le vagin et la glande existe une aponévrose. La face externe regarde en bas, elle est parcourue par la branche périnéale du nerf honteux interne, l'artère transverse du périnée, les veines correspondantes. Par sa partie supérieure, elle est en rapport avec le bulbe

et avec le constricteur de la vulve, par sa partie inférieure. Son extrémité supérieure répond au bulbe du vagin. Son extrémité inférieure est en contact avec le tissu cellulaire périrectal, mais elle ne dépasse pas le bord inférieur du transverse.

Le canal excréteur de la glande généralement bien calibré, quelque fois renflé en ampoulé, naît au niveau de son extrémité antérieure. Sa longueur moyenne est de 15 à 18 millim. et sa largeur est de 1 millim. Sa direction est oblique en haut et en dedans et il vient s'ouvrir immédiatement en avant de l'hymen, dans l'angle rentrant que forme cette membrane avec les parois de la vulve et chez les femmes dont l'hymen est déchiré, dans l'angle que forment les caroncules myrtiformes postérieures avec ces mêmes parois. Jamais il ne s'ouvre au devant des caroncules latérales et antérieures (Sappey).

Son ouverture admet l'introduction d'un stylet.

## ANATOMIE MICROSCOPIQUE.

La glande vulvo-vaginale est une glande en grappes. Les acinis sont réunis en groupes ou disséminés, comme l'a signalé de Sinety.

Les canaux très-courts et très-étroits font suite aux culs-de-sac et arrivent dans des cavités de forme ovoïde dits sinus par un canal, qui se joignant aux canaux voisins arrive à constituer *le canal excréteur commun*.

Un épithélium caliciforme tapisse les acini. Un épithélium cubique tapisse les sinus. Un épithélium cylindrique revêt les canaux excréteurs. Un épithélium cylindrique stratifié se trouve sur le canal excréteur commun. Près de l'ouverture de celui-ci, l'épithélium cylindrique fait place à un épithélium pavimenteux. Les artères sont fournies par l'artère bulbaire et la branche clitoridienne, branches de l'artère honteuse-interne. Les veines se jettent dans la honteuse interne, le bulbe du vagin, le plexus vaginal. Les nerfs viennent par la branche périnéale du nerf honteux interne. Les lymphatiques se jettent dans des ganglions périrectaux.

## ANOMALIES

Il est de toute probabilité que la dissémination des éléments glandulaires est un fait accidentel. C'est l'opinion de Huguier qui prouve que cette disposition est due à la distension répétée des voies vaginales lors de l'accouchement.

Léger et Martin ont rencontré 1 fois sur 23 cas, le conduit excréteur double. Cette anomalie est signalée par la plupart des auteurs.

Ce canal excréteur, par suite de maladies, peut s'allonger d'après Richet et atteindre 27 millimètres. On le voit quelquefois de forme ampullaire.

Il est présumable que cette disposition est consécutive à une oblitération passagère du canal.

Toute la glande enfin peut s'hypertrophier comme cela se rencontre assez souvent chez les filles publiques. Par contre, elle peut s'atrophier chez des femmes ayant subi l'ablation des annexes des deux côtés.

*En résumé.* — Les glandes vulvo-vaginales sont situées dans le dédoublement de l'aponévrose moyenne, entre le vagin d'une part, le bulbe et le constricteur du vagin d'autre part. Elles sont placées sur les parties latérales et antérieures du vagin à 1 centimètre au-dessus

de son orifice. Le canal excréteur a son orifice dans l'angle que forme la réunion des caroncules myrtiformes à la vulve. On peut, par le toucher vaginal, explorer ces glandes.

## PHYSIOLOGIE

Les glandes de Bartholin sécrètent un liquide épais, filant, clair, semblable au mucus ou à la synovie articulaire. Il est acide pour certains auteurs, alcalin pour d'autres. Il est certain que l'acidité se voit dans les cas d'affection de la glande. Dans ces cas même, le liquide est louche, grisâtre. L'odeur est pénétrante.

Ce liquide s'écoule peu à peu, en bavant, sous l'influence de la vis à tergo. Toutefois, ce liquide accumulé dans les sinus et dans les acini peut être brusquement rejeté par suite de l'expression de la glande. En effet, le constricteur de la vulve latéralement, le muscle transverse inférieur, le releveur de l'anus postérieur peuvent agir brusquement sur la glande distendue et opérer ainsi une véritable éjaculation surtout au moment du coït.

Il n'a d'autre rôle que d'entretenir l'humidité des parties génitales externes. Sa sécrétion est plus abondante lors des rapports sexuels et des règles. Il ne joue aucun rôle dans les accouchements.

La sécrétion glandulaire est liée à la vie génitale et n'existe ni dans l'enfance, ni dans la vieillesse.

**Etiologie et pathogénie des Bartholinites.** — Par ce fait que la glande ne sécrète que pendant la vie génitale,

il est rare de rencontrer son inflammation chez les enfants et dans la vieillesse.

Cette remarque indique déjà nettement que la cause la plus fréquente des bartholinites est l'inoculation par contact direct. Aussi, chercher si les professions ont une influence sur le développement de la maladie, c'est chercher il nous semble, quel est le corps d'état qui compte le plus de femmes menant une vie irrégulière.

Kœtstlé, Neuman n'ont cependant trouvé dans leur statistique sur 203 malades et sur 42, que 76 filles publiques d'une part et 25 de l'autre.

Le tempérament lymphatique semble prédisposer à la bartholinite comme il semble prédisposer à la blennorrhagie.

Il est un fait certain c'est que généralement la bartholinite est unilatérale. Nous croyons pouvoir dire que l'affection n'a pas de côté de prédilection et qu'elle peut siéger aussi bien à droite qu'à gauche.

Presque tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, ont donné une statistique de la profession et du côté atteint. Pour résumer rapidement les principaux faits nous trouvons :

Dujon, 15 cas : 8 droites, 7 gauches.

11 cas : 3 couturières.

2 femmes de ménage.

2 domestiques.

1 artiste lyrique.

1 teinturière.

1 blanchisseuse.

1 fleuriste.

Neumann, 208 cas : 88 droites, 118 gauches.

2 doubles.

203 cas : 76 prostituées.

Kæstle 44 cas : 18 droites, 15 gauches.

11 doubles.

42 cas : 25 prostituées.

11 servantes.

2 couturières.

4 femmes de professions diverses.

Nous n'insisterons pas davantage. Dans les cas observés par nous, nous trouvons :

28 cas : 7 droites, 17 gauches.

4 doubles.

Profession : prostituées

La profession ne saurait nous donner de grandes indications, puisque toutes les malades du service du D<sup>r</sup> Julien viennent directement du Dépôt.

Les observateurs intrigués, de cette fréquence à gauche de la bartholinite, ont cherché une cause. Huguier croit à l'influence de la pression de l'S iliaque sur la veine iliaque gauche. Malgaigne pense que dans le coït les droitiers appuient plus à gauche qu'à droite.

Pour d'autres, l'orifice du conduit excréteur de la glande gauche serait plus grand que le droit, la glande gauche serait plus volumineuse que la droite, aurait une fonction plus active. Nous pensons qu'il ne faut pas exagérer cette fréquence. Il serait bien extraordinaire dans une statistique de trouver un nombre égal à gauche et à droite : il y aurait lieu d'être plus étonné de ces chiffres que de ceux qui désignent un côté plutôt que l'autre.

La pression de l'Siliaque, comme le veut Huguier, peut expliquer un certain degré de stase dans la grande lèvre gauche, comme elle explique la fréquence du varicocèle à gauche chez l'homme. Peut-être est-ce là une cause prédisposante. Quant à l'opinion de Malgaigne, elle paraît peut-être un peu plus discutable et on peut après un instant de réflexion, se rendre compte que chez les droitiers, pendant le coït, c'est à gauche, qu'est le maximum de contact, c'est-à-dire à droite chez la femme.

Quoiqu'il en soit, ce sont là des causes prédisposantes; la cause efficiente est l'infection.

Cette infection peut se faire par le torrent circulatoire, ou de dehors en dedans par le canal excréteur.

Il est remarquable comme les glandes dont l'orifice est protégé des milieux infectés sont peu sujettes aux inflammations.

Dans les maladies générales infectieuses, il est rare de voir par exemple, l'inflammation de la glande lacrymale. C'est une glande protégée par excellence. Ses conduits excréteurs sont petits, de nombre variable et s'ouvrent haut dans le cul-de-sac oculo-conjonctival, à sa moitié externe et supérieure.

La conjonctive est une membrane qui absorbe, qui détruit même certains micro-organismes par le phénomène de la diapédèse. La défense y est grande. Aussi la glande est-elle rarement atteinte. Cependant elle est irriguée largement et le sang qui arrive-là, n'a pas de propriétés particulières. C'est dire que l'infection dans les glandes se fait *surtout* par la voie descendante.

Lorsqu'une glande est atteinte au cours d'une maladie

infectieuse, il arrive bien fréquemment que l'on se trouve en présence d'une infection secondaire : la glande n'est pas atteinte par le fait de la maladie régnante. Mais cette maladie met l'organisme en état de moindre résistance, de moindre défense et par les conduits excréteurs il peut se faire une véritable invasion microbienne. La parotidite dans la fièvre typhoïde est une infection secondaire, la contamination se faisant par une mauvaise hygiène buccale ou par des lésions ulcératives de cette cavité.

Toutefois il est des maladies infectieuses virulentes qui attaquent tous les tissus, mais dans ces cas, elles n'ont pas de lieux d'élection particuliers, tous les organes sont atteints indistinctement comme dans la granulie, par exemple.

Les oreillons, d'autre part, paraissent envahir les glandes.

En résumé l'infection première d'une glande est rare et dans ce cas, elle est très rarement seule à être infectée, c'est par là même éliminer, la bartholinite due à l'infection par la voie sanguine. D'ailleurs on n'en trouve pas d'observation. Seul Bouteillier dans sa thèse de 1886 relate un cas de tuméfaction des grandes lèvres au cours des oreillons. Ce cas peut être discuté : il pouvait y avoir une bartholinite concomitante, ou un prolapsus des ovaires. Nous relatons ce fait, sans le commenter.

Dans le cas de granulie, il est probable que la glande est envahie, mais on n'est pas en présence d'une bartholinite. Le processus de la lésion est trop rapide pour que l'on puisse avoir affaire à un abcès. Et en tous cas, la glande vulvo-vaginale n'est pas seule envahie.

L'infection par la voie lymphatique est tout aussi invraisemblable. Ce ne peut être dans ces cas qu'une bartholinite par infection de voisinage. Le cas peut se rencontrer, mais il faut une cause prédisposante du côté de la glande, un traumatisme antérieur ou une bartholinite antérieure par exemple.

Il en résulte que nous devons rejeter l'invasion par la voie sanguine et lymphatique. Reste à étudier l'envahissement par la voie ascendante. Le fait est certain, indiscutable.

Toutefois nous devons dire dès maintenant que, par ce fait de la marche de la lésion, il ne s'ensuit pas qu'une puisse seule être invoquée.

Nous devons étudier :

A. — Les conditions favorables à l'éclosion de la bartholinite.

B. — Les agents de la lésion.

A. — Les conditions favorables sont d'abord l'état général de la malade, sa constitution, son tempérament, son hygiène. L'hygiène a ici une importance toute particulière ; il est facile de concevoir en effet que le manque de soins locaux peut être une cause adjuvante puissante.

Des développements microbiens peuvent proliférer et on sait que la flore vaginale est riche : des fermentations peuvent avoir lieu, des ulcérations peuvent se produire et l'invasion est désormais facile.

A côté de cet ordre de causes, on peut ranger, *le traumatisme*, nous avons pu observer le cas d'une dame qui étant tombée sur le dossier d'un banc, eut une bartholinite. Le traumatisme peut être occasionné par des coups,

des chocs, des chutes, l'onanisme, les coïts répétés, etc.

Comment agit le traumatisme ? Nous avons vu à l'anatomie que la glande hypersécrète et s'hypertrophie chez les filles publiques. Il y a là une suractivité, un état de congestion permanent qui à lui seul peut expliquer une invasion facile. D'autre part les chocs peuvent occasionner des hémorrhagies légères dans la glande, des érosions, autant de portes d'entrée pour un germe pathogène. Le traumatisme ne crée pas la bartholinite mais y prédispose et nous pensons que l'usage de la bicyclette chez les femmes peut leur être préjudiciable à ce point de vue.

Par la voie descendante, peuvent s'expliquer les bartholinites que l'on rencontre dans le cours *d'un catarrhe utérin, de métrite puerpérale, de la vulvite, du chancre, des plaques muqueuses de la vulve*, des poussées d'herpès, des ulcérations en général.

Enfin dans le cours de la blennorrhagie, la bartholinite est fréquente.

Devons-nous dire avec beaucoup d'auteurs que la bartholinite n'est qu'une manifestation de la blennorrhagie ?

Cette assertion nous paraît exagérée et contestable. Il est facile de comprendre que la blennorrhagie qui envahit la vulve et le vagin, lui enlève son épiderme pour ainsi dire, transforme leurs parois en surfaces purulentes, soit une cause puissante d'abcès de la glande vulvo-vaginale. On conçoit même difficilement que cet abcès puisse ne pas avoir lieu dans le cours de la blennorrhagie.

Mais il n'y a pas que le gonocoque qui puisse créer un abcès et nous ne saurions trop répéter que l'on a tort de

généraliser cette idée, à savoir que *toute bartholinite est le fait de la blennorrhagie*.

Dans nombre d'observations, dans les examens microscopiques que nous avons faits, nous voyons qu'il y a de fréquentes exceptions à cette assertion dont on veut faire une règle.

*Rille.* — Nie la présence du gonocoque.

*Finger.* — Trouve le gonocoque dans les cas chroniques.

*Leblanc.* — Sur 7 cas, trouve une fois le gonocoque, 5 fois le staphylocoque doré ou blanc, 2 fois le micrococcus lactens.

*Dujon.* — Dans 14 cas a rencontré 9 fois le gonocoque associé ou non au staphylocoque ; 1 fois le bacterium coli et le staphylocoque ; 3 fois le streptocoque ; 1 fois le staphylocoque. Une fois il a trouvé un microbe anaérobie, auquel il attribue la fétidité du pus.

Nous avons pu rencontrer dans 28 cas observés par nous, 17 cas seulement dans lesquels l'examen microscopique nous a révélé la présence de gonocoques.

Nous n'insisterons pas sur la tendance de Breton qui veut voir dans la bartholinite, un accident de la syphilis.

#### B. — Causes directes de la bartholinite.

Ces agents sont le gonocoque, le staphylococcus pyogène aureus et albus ; le micrococcus lactens, le diplococcus et le streptocoque.

Voici les opinions de quelques auteurs :

*Felecki et Pollacesck.* — Distinguent les cas aigus et chroniques. Le gonocoque se rencontrerait quelquefois dans les cas aigus, toujours dans les cas chroniques.

*Bonnet et Lauger.* — Disent que la bartholinite est blennorrhagique 9 fois sur 10.

*Bergh.* — D'origine blennorrhagique 7 fois sur 100.

*Bergh.* — D'origine blennorrhagique 7 fois sur 100.

*Kæstle.* — 10 fois sur 100.

*Arning.* — Trouve la blennorrhagie dans tous les cas.

*Hane.* — A trouvé le gonocoque 88 fois sur 100.

En résumé on peut dire que l'infection vient du dehors et est due à des microbes divers dont les plus fréquents sont : le gonocoque, le staphylocoque et le streptocoque.

Nous ne pouvons terminer ce paragraphe sans parler des *bartholinites à répétition* et de la chronicité.

L'inflammation d'une glande d'un côté est souvent suivie d'une bartholinite du côté opposé. Rarement la bartholinite est double d'emblée, rarement aussi elle est sans récidue. Il se passe au niveau de ces glandes ce qui se passe au niveau des paupières dans les cas d'orgelet. L'infection se fait par contact direct ou par invasion du voisinage. On pourrait dire qu'il y a là comme pour l'*orchite*, une *bartholinite à bascule*.

La chronicité est due à une invasion tenace contre laquelle le tissu glandulaire n'a pu réagir. Dans ces cas, on est en présence de terrains lymphatiques et d'infection gonococciques.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'envahissement se fait avons-nous dit de dehors en dedans. C'est ainsi que *Touton* a rencontré des gonocoques dans le canal excréteur de la glande, que *Leblanc* a vu une inflammation du canal excréteur avec intégrité des acini glandulaires.

Il y a dans les cas de bartholinite une prolifération épithéliale très marquée du conduit excréteur de la glande, au point qu'il peut y avoir obstruction de la lumière du canal. Ces lésions se retrouvent dans l'intérieur des acini. Les culs-de-sac sont 4 à 5 fois plus volumineux qu'à l'état normal et leurs cellules sont tuméfiées.

On note de l'œdème périphérique avec infiltration embryonnaire diffuse. Il y a peu de phagocytes.

## SYMPTOMATOLOGIE.

Les signes de la bartholinite ne sont guère différents de ceux d'un abcès chaud. Nous ne ferons donc que signaler quelques particularités.

*Forme aiguë.* — Tout d'abord, il est à remarquer qu'une femme avant de souffrir, ou d'éprouver une gêne de la région génitale, a des pertes blanches.

Par un interrogatoire soigné, on arrive toujours à cette observation. Ces pertes sont plus ou moins foncées en couleur, toujours elles tachent le linge ou l'empèsent ; assez souvent on voit sur la chemise des taches vertes ou jaunâtres indiquant un état morbide de la muqueuse vulvaire, vaginale ou utérine.

Ce fait a son importance, car il apporte son appoint à la preuve de l'envahissement de la glande par voie ascendante.

Dans les 3 ou 5 premiers jours, c'est une sensation de prurit, de cuisson, de légère douleur, une gêne que ressent la malade ; elle ne s'en inquiète pas d'ailleurs outre mesure. Mais quand elle perçoit une tumeur, elle vient vite consulter le médecin.

Cette tumeur varie de la grosseur d'une noisette à celle d'un œuf d'oie, le volume moyen est celui d'un œuf de

pigeon. Elle soulève la grande lèvre du côté malade. Il y a de la rougeur. Les replis et saillies normaux se trouvent effacés, le sillon nympho-labial a disparu. Cette grosseur est cependant limitée, elle ne dépasse pas la région de la grande lèvre, bien que distendue, elle laisse toujours entre sa partie inférieure et l'anüs une zone indemne.

Par un examen plus attentif, on voit que c'est du côté interne que siège surtout la distension. En écartant avec soin les grandes lèvres, on voit la muqueuse vulvo-vaginale rouge vif, tuméfiée, elle est chaude au toucher et la douleur y est exquise. Si l'on peut introduire l'index dans le canal vaginal, ce qui occasionne un surcroît de douleurs qu'on peut éviter toutefois en déprimant fortement le côté sain, on sent que la tuméfaction ne remonte pas très-haut vers la profondeur, qu'elle est de ce côté aussi nettement limitée. On a la sensation nette de la fluctuation qu'on peut percevoir par le procédé ordinaire en mettant le pouce à la face externe des grandes lèvres alors que l'index est à leur surface interne.

La peau rouge n'adhère pas aux parties sous-jacentes. La muqueuse au contraire, tendue, lisse, ne peut être pincée, ni soulevée, on ne peut la faire glisser.

En regardant, on voit que l'orifice de la glande de Bartholin est environné d'un liseré rouge que Sängér appelle *la macule gonorrhéique*. Cette aréole n'est pas seulement rencontrée dans le cas de bartholinite, il n'est pas rare dans les irritations vulvo-vaginales, dans les écoulements de toute nature, de rencontrer cette zone rouge.

Toutefois, elle ne paraît être constante que dans le cas de blennorrhagie, même avant l'invasion glandulaire et

dans le cas de bartholinite. Pour certains auteurs elle a une grande valeur diagnostique pour l'une et l'autre affection.

Aucun retentissement à distance n'est perçu ordinairement tant au point de vue région qu'au point de vue organisme en général.

Les lymphatiques de la glande vont se jeter, avons-nous dit, dans les ganglions périrectaux. Aucun ne se rend aux ganglions inguinaux ; aussi ne rencontre-t-on pas d'adénite. Cependant pour certains auteurs, Thierry et Kœstlé entre autres, cette adénite inguinale existerait dans le cours de la bartholinite. Sur 15 cas ils l'ont observée 12 fois. Nous ne l'avons jamais rencontrée dans les bartholinites pures. Par là, nous entendons les bartholinites qui ne sont pas accompagnées d'érosions vulvaires ou d'affections vénériennes, chancre mou ou induré, plaques muqueuses. Chez les malades qui présentent de l'adénite, il est à soupçonner qu'une lésion voisine, érosive ou autre, existe concurremment dans la zone environnante.

Au point de vue de l'état général, on ne remarque rien d'anormal qu'un léger mouvement fébrile, la température ne dépassant jamais 38°. Tout se passe localement. Il y a comme dans les abcès chauds circonscrits la rougeur, la douleur, la tumeur, la chaleur.

Que va devenir cet abcès abandonné à lui-même ? Nous n'envisageons que cette éventualité puisque nous nous proposons au chapitre suivant d'étudier le traitement de la bartholinite.

Le pus cherche à se faire jour. Soit par le canal excréteur, soit en dedans par la muqueuse vaginale, soit dans

la zone péri-anale, soit enfin par plusieurs points en même temps, créant ainsi des fistules. Ces fistules n'existent pas, si le canal est perméable et permet l'évacuation purulente. Mais nous avons vu que souvent la prolifération épithéliale est telle que la lumière du conduit excréteur est oblitérée. C'est une barrière quelquefois infranchissable pour le pus, emprisonné dans les acini glandulaires distendus.

Rappelant l'anatomie topographique, nous avons dit que la glande vulvo-vaginale logée dans un dédoublement de l'aponévrose périnéale moyenne est enveloppée de tissu cellulaire. Ce tissu cellulaire communique avec celui de la région périanale, la loge moyenne du périnée étant ouverte de ce côté. Ainsi s'explique la marche du pus de ce côté et son évacuation soit par le rectum, soit au pourtour de l'anus, créant ainsi des fistules postérieures.

Nous devons dire dès maintenant que ces fistules sont rares et nous allons nous efforcer de montrer comment on peut expliquer leur rareté, alors que leur fréquence serait plutôt admise, étant donné la disposition anatomique de la région.

Ces fistules postérieures ont été l'objet d'une étude par *Chevalerias* qui en a réuni 15 cas, par *Martin et Léger*, par *Amicis et Terrillon*.

On peut les diviser suivant leur trajet en *périnéo-glandulaires*, *ano-glandulaires*, *recto-glandulaires*.

Nous l'avons dit, elles sont rares, les plus fréquentes étant les fistules dont l'orifice siège à la face interne des petites lèvres, fistules labio-glandulaires.

Différentes raisons militent en faveur de cette fréquence.

La glande est accolée à la face externe du vagin. Il est vrai qu'elle en est séparée par les lames aponévrotiques qui viennent s'insérer sur le vagin et se replient pour se continuer entre elles. Cette disposition paraît être en contradiction avec la fréquence de la fusée purulente du côté du vagin, le pus traversant difficilement les aponévroses. Ici deux points particuliers sont que les aponévroses ne peuvent être un obstacle à la marche du pus vers l'extérieur. D'abord, les aponévroses périnéales chez la femme sont moins résistantes que chez l'homme. A la partie interne, c'est-à-dire au niveau de la fente vulvo-vaginale, elles sont représentées par une lame cellulaire plus dure, plus forte qu'à la partie externe. Cette lame ne peut être un obstacle infranchissable.

D'autre part nous savons que la face externe de la glande est en rapport de haut en bas avec le bulbe du vagin et le constricteur. Elle subit de la part de ces deux éléments une pression qui tend à la refouler en dedans du côté du vagin. Le bulbe du vagin est congestionné, le constricteur par réflexe est en état de contraction plus ou moins forte.

Si à cette pression puissante et incessante de la glande vers le côté interne, on pense au peu de tissu cellulaire qui existe entre le vagin et la glande, on comprend qu'en dépit des faibles aponévroses, c'est de ce côté que doit se faire naturellement l'évacuation du contenu purulent de la bartholinite.

Ces considérations particulières ont leur intérêt au sujet du traitement, nous y reviendrons.

Le trajet fistuleux est généralement peu long, son orifice a un bord irrégulier, décollé, déchiqueté, noirâtre ou violacé par place. Il est taillé à pic. Souvent il existe plusieurs petits pertuis à côté l'un de l'autre.

Au moyen de l'index introduit dans le vagin, on presse sur la glande d'arrière en avant et on peut faire sourdre soit par le canal excréteur, soit par les trajets fistuleux quelques gouttelettes de pus.

Ce pus est épais, jaunâtre ou noirâtre, contenant quelquefois du sang. Il est inodore ou horriblement fétide. Cette fétidité serait due à la présence d'un anaérobie.

Telle est la symptomatologie et la marche d'un abcès de la glande vulvo-vaginale, abandonné à lui-même.

La durée de l'affection varie de 15 jours à un mois. Il n'est pas rare de rencontrer des abcès remontant à 1 ou 2 mois. Enfin ils peuvent récidiver, devenir chroniques.

## FORME CHRONIQUE

Elle a surtout été bien étudiée par Hamonic et Fauvel. Elle est tenace et due généralement au gonocoque.

Dans l'évolution de la bartholinite aiguë, il faut craindre son passage à l'état chronique, et cette terminaison est assez fréquente, pour que certains thérapeutes désespérés, proposent comme traitement radical, l'extirpation de la glande.

La bartholinite chronique a des poussées aiguës, qui rappellent la bartholinite aiguë ; elle entretient une suppuration incessante (aiguë même) au moment des époques menstruelles.

C'est une gêne, une complication, on pourrait dire une véritable infirmité.

Si on ajoute à cela que la bartholinite chronique est un foyer d'infection qui peut passer inaperçu, mais qui détermine certainement la blennorrhagie chez l'homme, on conçoit que cette forme pour être supportable pour la malade, a beaucoup plus d'inconvénients que la forme aiguë.

De plus la bartholinite peut se transformer en kyste, d'après certains auteurs, bien que Velpeau et Bonnet nient cette évolution.

En résumé, l'abcès de la glande de Bartholin évolue

comme un abcès chaud circonscrit, créant des fistules postérieures ou internes et tendant à devenir chronique. On ne doit pas oublier ces faits pour l'institution d'un traitement.

## PRONOSTIC ET DIAGNOSTIC

Après ce que nous venons de dire, nous n'insisterons pas sur le pronostic et le diagnostic des abcès de la glande de Bartholin.

Ils sont toujours bénins, restant une affection locale. Mais ils ont de graves inconvénients qui leur sont presque inséparables quand ils sont abandonnés à eux-mêmes : les fistules, les récidives, la chronicité. De plus ils peuvent être un foyer d'inoculation pour les autres.

On ne les confondra pas avec la *vulvite*, les *kystes sébacés*, le *furoncle*, l'*œdème de la grande lèvre*, le *kyste de la glande de Bartholin*, les *abcès ossifluents*, les *abcès de la marge de l'anus*. L'un des caractères de l'abcès (rubor, tumor, dolor, calor) le siège, suffisent à ne pas confondre l'une des affections ci-dessus avec la *bartholinite*.

Le diagnostic peut être un peu plus délicat lorsqu'il s'agit de reconnaître un *chancre induré de la vulve avec œdème*, ou un *phlegmon de la grande lèvre*.

Dans le cas de *chancre avec œdème* une palpation attentive ne décelant pas de fluctuation, un examen minutieux faisant voir le chancre, les ganglions inguinaux, mettront en garde contre l'erreur.

Dans le cas de *phlegmon de la grande lèvre*, il faut se

rappeler que la petite lèvre n'est pas atteinte ou à peine atteinte et que la prédominance de la tumeur est en dehors et non en dedans de la grande lèvre. Il y a de plus les ganglions dans le pli de l'aîne.

En règle générale on peut dire : toutes les fois que l'on rencontre des ganglions inguinaux intéressés, tuméfiés, douloureux, il faudra penser à autre chose qu'à la bartholinite ou à quelque chose accompagnant une bartholinite.

Il y a cependant une erreur de diagnostic commise assez souvent par le service médical de la Préfecture.

Beaucoup de femmes arrivent à Saint-Lazare, leurs cartes de dépôt mentionnent un *chancre mou* de la grande lèvre. Un examen attentif nous a souvent permis de constater que l'ulcération prise pour un chancre mou, n'était autre chose qu'une ulcération consécutive à la bartholinite, déterminée par le suintement de la glande de Bartholin. Cette ulcération n'offre nullement les caractères du chancre mou aux bords circulaires ou ovalaires, taillés à pic, souvent décollés et enroulés sur eux-mêmes.

Le diagnostic est facile, s'impose dans le cas de bartholinite chronique avec ou sans trajets fistuleux. L'induration de la glande, sa pression faisant sourdre une gouttelette de liquide, le trajet de la fistule mettront sur la voie du diagnostic.

Il est facile de reconnaître aussi si la lésion ne siège que dans le canal ou si elle a envahi la glande. Le premier stade de l'invasion isolée est rare, en tout cas un palper délicat, fait facilement reconnaître cette variété.

Enfin, dans toute bartholinite, il est indispensable de faire l'examen bactériologique pour faire le diagnostic certain de la cause.

## TRAITEMENT

*Dans le traitement de la bartholinite aiguë, il faut avoir en vue la possibilité d'une bartholinite chronique.*

C'est guidés par cette ligne de conduite, par cet idéal à atteindre, la garantie de l'innocuité, que les thérapeutes se sont efforcés de diriger le traitement des abcès de la glande vulvo-vaginale. Diverses méthodes ont été employées qui toutes ont donné des résultats plus ou moins efficaces. On doit penser que ces résultats ne répondaient pas aux attentes, car actuellement le traitement de prédilection est l'ablation de la glande. C'est un traitement radical. Nous voulons bien admettre que la glande vulvo-vaginale n'a pas une utilité de premier ordre : toutefois ce que doit rechercher le médecin et le chirurgien c'est la conservation des organes, leur modification si c'est nécessaire pour cette conservation :

Leur ablation ne doit être qu'une exception, qu'une dernière ressource. Aussi croyons-nous utile d'insister sur quelques modes de traitement qui paraissent répondre aux indications tracées ci-dessus.

Nous avons divisé ce chapitre en deux parties : 1° l'une ayant trait au traitement de la bartholinite aiguë, 2° l'autre au traitement de la bartholinite chronique.

1° La bartholinite aiguë est traitée en général comme un abcès chaud. Certains préconisent les *cataplasmes*. Sans faire le procès de ce mode de traitement, il faut reconnaître que pour le bien qu'il peut faire, il peut être cause de graves inconvénients, ne serait-ce que les irritations locales, les infections superficielles des glandes pilo-sébacées, les excoriations de diverses étendues : ce n'est qu'un calmant.

*L'expression* de la glande est très douloureuse, réclame quelquefois l'anesthésie locale. Pour la faire, on introduit l'index dans le vagin et en pressant plus ou moins fort d'arrière en avant, on peut, dans la grande majorité des cas, vider la poche de son contenu, le pus sortant par la voie naturelle, par le canal excréteur. Après cette intervention, la tumeur est moins tendue, moins volumineuse, mais la guérison n'est pas assurée, la récurrence est fréquente, malgré l'application de compresses imprégnées d'une solution antiseptique quelconque.

*Cette application de compresses* faite sous forme de pansement humide, remplace avantageusement le cataplasme comme calmant, mais jamais elle n'a pu arriver à donner la résolution d'un abcès, ni à garantir des récurrences et de la chronicité. Même quand la solution (sublimé ou acide phénique) est trop concentrée, il peut se produire un érythème local, avec irritation cutanée et glandulaire, occasionnant un prurit désagréable comme le ferait un cataplasme.

Le seul traitement d'attente convenable consiste dans des toilettes fréquentes faites à l'eau boriquée et en applications de vaseline antiseptique.

L'incision que l'on fait pour l'évacuation de la poche est rarement suffisante. Cette incision peut être pratiquée sur la face interne des nymphes ou sur leur partie externe.

On choisit généralement le point le plus fluctuant, l'endroit où le plus ordinairement se fait l'ouverture spontanée de la poche. L'incision faite, on lave, on fait un pansement, on met une mèche qui forme drainage et s'oppose à la cicatrisation trop rapide des lèvres de la plaie.

Malgré ces précautions, la récurrence a lieu.

Il est difficile en effet d'ouvrir tous les acinis. Certains restent infectés et la plaie cicatrisée, il n'est pas rare de voir une nouvelle poussée aiguë survenir. Le but à atteindre est manqué.

La même complication peut se produire quand, après l'incision on fait la résection d'une partie de la glande, même si on a le soin de badigeonner la plaie avec de la teinture d'iode ou une solution de nitrate d'argent.

Dans tous ces cas, la même objection se pose : certains culs-de-sac glandulaires sont épargnés et deviennent le point de départ de nouveaux abcès. C'est ainsi que dans notre service de Saint-Lazare, nous avons eu l'occasion d'observer une bartholinite fort sérieuse, chez une femme à laquelle on avait fait la résection de la glande (Observation, n° I).

Après l'incision, le râclage suivi d'une cautérisation au thermocautère ou au chlorure de zinc au 1/10, il peut se faire que toutes les parties malades soient atteintes, que l'affection soit jugulée, mais un autre inconvénient surgit : c'est la cicatrisation lente et quelquefois la per-

sistance d'une fistule, pour la guérison de laquelle on est obligé d'intervenir ultérieurement.

C'est en désespoir de guérison efficace qu'est appliquée la méthode de *l'extirpation*. Certains auteurs l'emploient dès le début.

MM. Théophile Auger et Le Dentu ont préconisé une méthode consistant à injecter dans la cavité de la glande 4 à 6 gouttes d'une solution de chlorure de zinc à 1/10.

Denis avait employé l'eau chlorurée. Nous reviendrons un peu plus loin sur le procédé de MM. Auger et Le Dentu qui nous semble devoir donner d'excellents résultats. En résumé, les méthodes de traitement dont on dispose sont : les antiphlogistiques, les injections caustiques et antiseptiques, l'incision simple ou suivie de curettage, l'extirpation de la glande.

*L'extirpation* est un moyen sûr et radical. Dans le cas de bartholinite au début, certains auteurs l'emploient immédiatement. Dans le cas de bartholinite avec vaste abcès, ils se contentent de l'incision pure et simple et pratiquent l'extirpation 8 jours après (Ricord).

Dans le cas de bartholinite chronique l'extirpation est la règle.

Voici comment le Dr Barette s'exprime au sujet de l'extirpation, rapportant la façon de faire de Trélat et la modification qu'il apporta au procédé.

« On fait une incision suffisante dans le pli qui sépare la glande de la petite lèvre, on dissèque ensuite, en faisant écarter de chaque côté la muqueuse vulvaire, des deux faces de la glande qui s'enfonce assez loin dans la partie profonde de la grande lèvre.

L'extirpation est parfois un peu laborieuse, mais elle peut toujours être menée à bonne fin. Le plus souvent on ouvre deux artérioles qu'on saisit facilement à l'aide de pinces à forcipressure et qu'on lie avec un fil de catgut. Après quoi on lave la cavité cruentée avec une solution de sublimé à 1 pour 1000 ou de bi-iodure de mercure à 0.05 pour 1000 et on tamponne avec de la gaze iodoformée. La cicatrisation se fait du fond vers la superficie, mais elle est quelquefois un peu longue à cause de la difficulté que l'on a à tenir la région tout à fait aseptique. Nous avons récemment essayé et pratiqué avec succès un procédé qui n'est que *l'extirpation suivie de la réunion immédiate*.

La vulve et le vagin sont soigneusement désinfectés et lavés au sublimé; un aide tend la grande lèvre en haut et en bas. Incision ordinaire dépassant les limites de la tumeur. Si la muqueuse est altérée, au point le plus saillant, circonscrire la portion malade au moyen d'une incision elliptique allongée. Dissection de la glande malade, hémostase, lavage de la cavité avec une solution de sublimé. On procède alors à la réunion. Un point de suture profonde est nécessaire pour accoler les parois de l'entonnoir produit par l'extirpation.

On passe un fil de catgut qui ressort dans le pli vulvo-crural et qu'on arrête sur les deux faces de la grande lèvre à l'aide d'une plaque de plomb allongée garnie de gaze iodoformée. La suture superficielle se fait à la soie à points séparés de haut en bas. Si l'affrontement n'est pas parfait on peut mettre dans la partie déclive un petit

drain de 1 à 2 centimètres de long qu'on enlèvera dès le 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> jour.

Pansement consistant en une couche de gaze iodoformée, colon hydrophyle, le tout maintenu par le bandage en T assez serré.

La malade doit être sondée toutes les trois ou quatre heures et le pansement renouvelé tous les matins. Un lavage au sublimé est fait à chaque renouvellement. »

Nous croyons cependant devoir insister sur les excellents effets du traitement par les injections de chlorure de zinc dans la glande. Le grand avantage de ce traitement basé sur la méthode sclérogène est, après avoir déterminé une inflammation vive bientôt suivie d'un tissu cicatriciel de sclérose, de déterminer le volume de la glande en la sclérosant et d'empêcher ainsi les récives.

Voici comment opère M. le Dr Jullien et nous avons pu apprécier les bons résultats de ce traitement dans son service de Saint-Lazare.

Quand l'abcès de la glande a évacué son contenu, ou après l'avoir évacué par expression, à la fin de la période inflammatoire, on traverse la paroi interne de la glande, par la muqueuse vaginale et on injecte ainsi directement dans le cul-de-sac glandulaire 2 à 3 divisions de seringue de Pravaz contenant une solution de chlorure de zinc au 1/10. Le liquide n'est pas injecté par le canal excréteur, il est injecté dans la glande directement, à travers les parties molles. Cette injection ne doit pas être trop superficielle, car elle déterminerait une inflammation du dartos assez gênante et la récive se ferait, ce que nous avons vu à Saint-Lazare.

Aussitôt après l'injection et pendant quelques jours se produit une inflammation intense de la glande, puis peu à peu le tout se calme et revient à l'état normal. L'action sclérosante du chlorure de zinc se produit et quelque temps après, un examen attentif permet de déceler dans l'épaisseur des parties molles une petite tumeur, dure, indolore, un véritable varicocèle.

Les malades ainsi opérés, revues ou suivies n'ont *jamais présenté de récidence*.

Des résultats analogues ont été obtenus avec l'acide picrique.

Voici les statistiques que nous avons pureucueillir à Saint-Lazare, dans le service de M. le Dr Jullien.

*Nombre de malades soignées pour*  
bartholinites . . . . . 28.

*Age de malades soignées pour bar-*  
tholinites. . . . . 20 à 30 ans.

*Professions :* . . . . . toutes se livrent  
à la prostitution.

*Côté atteint :* gauche. . . . . 17.

droit . . . . . 7.

les deux . . . . . 4.

*Cause occasionnelle :* . . . . . les excès et  
la blennorrhagie.

*Cause efficiente :* . . . . .

Avec gonocoques. . . . . 17 cas.

Sans gonocoques. . . . . 11 cas.

Il faut ajouter que toutes ces malades entrées dans le service présentaient avec la bartholinite, d'autres accidents syphilitiques que nous ne mentionnerons pas dans nos observations.

Sur les 28 cas de bartholinite que nous avons observés à Saint-Lazare, tous ont été guéris radicalement, sans récurrence après une ou deux injections de chlorure de zinc ; dans quelque cas invétérés trois ou quatre injections ont été nécessaires.

Nous terminons cette étude en citant les observations que nous avons pu recueillir et qui prouvent clairement que le traitement au chlorure de zinc est le plus sûr de tous ceux qui ont été préconisés dans la bartholinite.

## CONCLUSIONS

Comme cause prédisposante la bartholinite reconnaît : un état général, les traumatismes. Comme cause efficiente : le gonocoque, le streptocoque, le staphylocoque pour ne citer que les agents le plus fréquemment rencontrés.

Toutefois, le gonocoque pour être la cause la plus fréquente n'est pas la seule cause. Il est des bartholinites d'autre nature que les bartholinites blennorrhagiques.

Abandonné à lui-même le pus de l'abcès de la glande vulvo-vaginale fuse le plus fréquemment vers la partie interne. Cette marche du pus qui paraît en contradiction avec les données anatomiques peut cependant s'expliquer facilement. La barrière aponévrotique qui existe du côté du vagin est franchie par la pression incessante qu'exerce de dehors en dedans le bulbe du vagin et le constricteur de la vulve.

L'affection est récidivante et tend à devenir chronique avec poussées aiguës intermittentes.

C'est pour parer à ces éventualités ultérieures que de nombreux traitements ont été préconisés. Le seul admis, sûr et radical est l'extirpation. Toutefois nous pensons par tout ce qui précède avoir démontré que l'injection dans la glande, d'une solution de chlorure de zinc est le

traitement le plus efficace ; bien supporté par le malade, simple à faire, il est à la portée de tout praticien et remplit les conditions voulues : savoir : guérison avec impossibilité de récurrence.

## OBSERVATIONS

Nous tenons à faire remarquer que toutes les malades citées dans nos observations ne sont pas entrées à St-Lazare avec le seul diagnostic : bartholinite. Toutes présentaient des accidents syphilitiques, blennorrhagiques, végétations, etc. On pourrait même dire que la bartholinite n'était chez elles, qu'une affection accessoire. Il ne faut donc tirer aucune déduction de la durée de leur séjour à St-Lazare.

Ne voulant pas allonger ce travail déjà trop étendu, nous ne décrirons que quelques observations, les choisissant parmi les vingt-huit observations prises par nous dans le service de M. le docteur Jullien.

### Observations dans lesquelles le traitement au chlorure de zinc a été appliqué.

#### OBSERVATION I

La nommée P..., Marie, âgée de 18 ans, entre à Saint-Lazare le 7 décembre 1898 avec le diagnostic : gale, chancre mou du vagin, bartholinite double, végétations, ganglions dans l'aîne droite.

Une goutte uréthrale recueillie ne présente pas de gonocoques à l'examen microscopique.

La glande droite de Bartholin est encore ouverte, à la suite un abcès incisé à Saint-Louis, trois mois auparavant. Nous voyons déjà maintenant l'inconvénient de l'incision simple, puisque chez cette malade, au bout de trois mois, la cicatrisation ne s'était pas faite.

Le 14 décembre. — On lui fait une première injection de chlorure de zinc dans la glande de Bartholin gauche; on suit le procédé opératoire indiqué plus haut dans notre chapitre intitulé « traitement ».

Le 17 décembre. — Une grande quantité de pus est sortie de la glande, qui est encore tuméfiée et fort douloureuse.

Le 20 décembre. — La glande est toujours tuméfiée; on fait une deuxième injection de chlorure de zinc.

La piqure a été faite trop superficiellement et le 26 décembre on constate qu'elle a donné lieu à du gonflement et à une eschare, on met des compresses au sublimé, l'eschare s'élimine doucement.

Le 2 janvier. — La malade part complètement guérie.

## OBSERVATION II

La nommée D... Flore, âgée de 24 ans, entre à Sant-Lazare le 27 décembre 1898, avec le diagnostic : syphilis et kystes des glandes de Bartholin. Elle présente de gros ganglions inguinaux.

Le kyste du bartholin gauche a le volume d'une petite noix.  
janvier. — 1<sup>re</sup> injection de chlorure de zinc (3 divisions de la seringue de Pravaz).

5 janvier. — L'injection de 5 divisions de la seringue de Pravaz dans le kyste bartholinique est répétée.

6 janvier. — 3<sup>me</sup> injection de la même quantité de chlorure de zinc.

9 janvier. — Un orifice de la grosseur d'un porte-plume s'est produit à la région interne et laisse sourdre par la pression une quantité considérable d'un produit d'apparence membraneuse et de couleur purulente. Il est manifeste que la plus grande partie de la glande s'est éliminée.

20 janvier. — Elimination complète de la glande, on ne trouve plus qu'un varicocèle.

Le 20 février. — La malade est complètement guérie.

### OBSERVATION III

La nommée L..., Adèle, âgée de 17 ans, est entrée à Saint-Lazare le 31 août 1898, avec le diagnostic : Urétrite, vaginite et bartholinite gauche.

Une goutte uréthrale recueillie ne présente pas de gonocoques.

Dans le courant de septembre, on lui a fait deux injections de chlorure de zinc.

Le 8 octobre. — L'urèthre allait mieux, mais il restait une grosse goutte purulente à l'orifice de la glande de Bartholin gauche. La dernière injection a été faite trop superficiellement et il s'est produit une eschare qui en s'éliminant a donné lieu à une ulcération. On la touche au nitrate d'argent en solution, on fait ensuite un pansement de gaze au traumatol. La malade part guérie le 25 novembre.

#### OBSERVATION IV

La nommée L..., Maria, âgée de 38 ans, est entrée à Saint-Lazare le 25 octobre 1893 avec le diagnostic : syphilis et bartholinite.

Elle présente une bartholinite gauche ouverte récemment non terminée. Une sérosité rougeâtre s'échappe par un pertuis capillaire de la glande de bartholin gauche. On trouve beaucoup de microbes variés, mais pas de gonocoques.

30 octobre. — On laisse la poche se regonfler et on lui injecte en pleine glande une 1/2 seringue de Pravaz, contenant du chlorure de zinc au 1/10.

3 novembre. — La malade a souffert pendant deux jours avec un gonflement considérable de la glande. On lui fait une nouvelle injection de 1/4 de Pravaz.

4 novembre. — La malade est dans un état complet d'affaïssement. Issue constante d'un liquide roussâtre.

5 novembre. — Nouvelle injection.

14 novembre. — Il coule encore quelques gouttes séreuses. le fond est dur, une évacuation d'une petite masse blanchâtre se produit.

20 novembre. — Toute tuméfaction a disparu. A l'endroit des piqûres, il reste un petit orifice fistuleux de 3 m. m. de diamètre et dans le fond un noyau assez dur.

Le 29 novembre. — On fait passer une seringue de Pravaz de solution de chlorure de zinc au 1/10 à travers les deux trous de la fistule.

Le 2 décembre. — En incisant entre les deux fistules, on tombe sur un fond jaunâtre assez anfractueux.

Le 10 décembre. — Tout s'est cicatrisé à souhait et la malade peut quitter le service le 22 décembre.

#### OBSERVATION V

La nommée B... Héloïse, âgée de 49 ans est entrée à Saint-Lazare le 31 octobre 1898 avec une bartholinite droite.

On ne trouve pas de gonocoques chez elle.

Le 5 novembre. — Un liquide muco-purulent s'échappe en abondance de la glande droite de Bartholin.

On lui fait une première injection des 3/10 de la seringue de Pravaz, contenant du chlorure de zinc au 1/10.

Le 8 novembre. — Un liquide louche sort de la glande ; on lui fait une deuxième injection.

Le 11 novembre. — Un liquide séreux, couleur caramel, s'échappe encore de la glande.

Le 17 novembre. — Il sort toujours du liquide, on lui fait une troisième injection et une quatrième le 21 novembre et ce n'est que le 29 novembre que la bartholinite fut guérie.

Quatre injections de chlorure de zinc avaient donc été nécessaires pour guérir cette bartholinite tenace, alors que dans certains cas deux ou trois injections sont suffisantes pour produire le même résultat.

**Observations dans lesquelles la bartholinite a été guérie après la simple expression de la glande (expression plusieurs fois répétée, cela va sans dire).**

#### OBSERVATION I

La nommée B..., Amélie, âgée de 22 ans, est entrée à Saint-Lazare, dans le service de M. le Dr Jullien, le 18 octobre 1898, avec une bartholinite double.

Cette femme est dans un état de grossesse assez avancée. Il serait intéressant d'étudier l'influence de la grossesse sur la production des bartholinites.

De la glande gauche sort un liquide marron-verdâtre. Une goutte uréthrale présente de nombreux gonocoques.

31 octobre. — Les glandes sont taries à la suite d'expressions répétées. Il persiste de la vaginite des culs-de-sac.

#### OBSERVATION II

La nommée C..., Louise, âgée de 20 ans, est entrée à Saint-Lazare le 6 juillet 1898.

En avril précédent, elle a été opérée à Saint-Antoine pour une bartholinite gauche qui s'était ouverte à la partie antérieure de la grande lèvre. Elle quitta l'hôpital guérie en apparence. Mais une nouvelle tuméfaction apparut un mois après et s'ouvrit quinze jours plus tard.

Notons que cette tuméfaction s'est produite du côté opéré.

Une sécrétion purulente abondante se produit à la partie postérieure de la grande lèvre gauche.

On trouve de nombreux gonocoques.

Le 18 juillet. — Elle sort guérie. On n'a fait que l'expression de la glande.

### OBSERVATION III

La nommée G...; Joséphine, âgée de 19 ans est entrée à Saint-Lazare le 25 octobre 1898 avec une bartholinite gauche. Elle présente une énorme tuméfaction de la grande lèvre datant de 8 jours. On fait une incision immédiate.

31 octobre. — Bon état de la bartholinite. On cautérise la plaie au nitrate d'argent et on fait le drainage avec de la gaze au traumatol.

6 décembre. — Il persiste l'orifice cutané allongé de deux cm. de long avec des commissures et un fond épithélial en continuation avec la muqueuse du voisinage.

10 décembre. — La malade quitte le service complètement guérie.

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALARY. — Thèse Paris 1882. Absès des glandes vulvo-vaginales.

BARETTE. — Revue de clinique et de thérapeutique, mai, 1887.

BLANDIN. — Gazette des hôpitaux, 1847.

BOYER. — Path. Chirurg. T. 10, p. 386.

BONNET. — Gazette des hôpitaux, 16 juin 1888.

BRETON. — De la Bartholinite, Thèse Strasbourg, 1861.

BLUMM. — Deutsche med. Wochenschrift, 1887.

CHEVALERIAS. — Des suppurations de la glande vulvo-vaginale.

Thèse Paris, 1880.

CHURCHILL. — Maladies des femmes; 1894.

CORDIER. — Traitement des bartholinites chroniques. Bulletin médical, 1898, p. 308.

COLOMBINI. — Bactériologische und histologische untersuchungen über die Bartholinitis Semaine médicale, 1897.

DUJON. — Etude sur la glande vulvo-vaginale et ses abcès.

Thèse Paris, 1897.

FELECKI. — Pest med. chir. Press. Budapesth, 1889. XXV, page 1157.

FAUVEL. — Inflammation chronique de la glande de Bartholin.

Thèse Paris, 1886.

FINGER. — Die blennorrhæ der sexualorgane.

FAQUET. — Thèse de Paris, 1877.

- GOSSELIN. — Cliniques chirurgicales de la Charité, 1873. T. 2, page 463.
- GUÉRIN. — Maladies des organes génitaux externes de la femme, 1864.
- HUNTER. — Traité de la syphilis, 1786.
- HAMONIC. — Annales de dermatologie, 1883, page 427.
- HUGUENIN. — Considération sur les abcès de la glande vulvo-vaginale. Thèse Paris, 1879.
- JULLIEN. — Traité des maladies vénériennes.
- JALABERT. — Des bartholinites et de leur traitement. Lyon médical, 1898, page 427.
- KOESTLE. — Ueber gonorrhoeischen Erkrankungen der bartholinischen Drüsen.
- LABADIE-LAGRAVE. — Traité de gynécologie.
- LEBLANC. — Contribution à l'étude de la bactériologie et de l'anatomie pathologique de la glande de Bartholin.
- LEGRAIN. — Thèse de Nancy, 1888.
- LANG. — Bartholinite.
- Ann. dermat. et syphilig., 1896, page 1380.
- MARTIN et LÉGER. — Archives générales de médecine, 1862, p. 74.
- MARESCHAL. — Abcès de la glande vulvo-vaginale. Thèse de Paris, 1873.
- NEUMANN. — Ueber Erkrankungen der bartholinischen Drüsen und ihres Ausführungsganges. Wien. med. Blätter, 1888, XI, p. 577.
- NIVET. — Annales de dermat. et syphilig., 1886, p. 423.
- NOL. — Traitement radical de la bartholinite. Méd. moderne, 1897, p. 319.
- PETIT (L.-H.).
- POLLACESCK. — Sur l'étiologie de la bartholinite. Pest. med. chir. Press. Budapesth, 1889, XXV, p. 1157.

POPPER. — Bartholinite après la résection partielle de la glande. *Ann. dermat. et syphilig.*, 1896, p. 390.

POZZI. — *Traité de gynécologie.*

ROBERT. — *Annales de chirurgie*, 1841, p. 130.

RILLE. — Bartolinitis et Leistendrüsen. *Wiener med. Presse*, 1893, n° 13, 464.

— Bartholinite et adénite. *Revue des Sciences médicales*, 1897, p. 629.

SAENGER. — *Schmidts Jahrbücher*, 1889.

SINETY (DE). — *Manuel pratique de gynécologie.*

SÉE (MARCEL). — *Le gonocoque. Thèse de Paris*, 1896.

TOUTON. — Die gonococcen ein Gewebe der bartholinischen Drüse. *Archiv. für Derm.*, 1893, XXV, p. 181.





